Rok XXXI. Kraków, 3 Grudnia 1892. Nr. 49.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Pères.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. Leon Halban.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie* nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saintes Pères,

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi		w Król. Polskiem i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr.	80 ct.	6 rsr.	14 mk.	24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „	40 „	„ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „	20 „	„ 1½ „	„ 3½ „	„ 6 „

I. Z kliniki położniczo ginekologicznéj prof Dra Madurowicza w Krakowie.

O tyłopochyleniu i tyłozgięciu macicy ciężarnéj.

Podał

Dr. M. Cercha,

I-szy asystent tejże kliniki.

(Dok. Patrz Nr. 48).

Przypadek I szy. Uwięźnięcie macicy ciężarnéj tyłozgiętéj z następowem zupełnem odłuszczeniem błony śluzowéj i mięsnéj pęcherza moczowego. Śmierć z powodu zapalenia otrzewny.

Dnia 24 października z. r. przywieziono do kliniki położniczéj M. J., l. 39 liczącą ze wsi M. Chora osłabiona bardzo podaje, co następuje: Pierwsza regularność w 18 roku życia, zawsze prawidłowa. Zamężna od 9 lat, rodziła 5 razy, porody i połogi były prawidłowe; raz roniła przed 4 laty. Ostatni poród przed 2 laty. Ostatnia regularność przed czterema miesiącami. Przed pięciu tygodniami miała chora podźwignąć ciężką beczkę i wtedy poczuła nagle ból w dolnéj okolicy brzucha, który był początkiem obecnéj choroby. — Od tego czasu miewała trudność w oddawaniu moczu, czasem wcale nie mogła moczu oddawać tak, że lekarz musiał go cewnikiem odpuszczać, co powtórzyło się kilka razy. — Po każdem odprowadzeniu moczu doznawała silnych bólów w dolnéj połowie brzucha i uczucia parcia ku dołowi, stolec był zawsze zaparty i występował tylko po lewatywie lub środku przeczyszczającym. W ostatnim tygodniu dołączyło się do tych zmian silne obrzmienie okolicy sromowéj; chora podała również, że miewa czasem dreszcz i pragnienie.

Badanie przedmiotowe dokonane przez prof. Madurowicza w dniu przyjęcia stwierdziło stan następujący: Osoba woskowo blada, rysy zaostrzone, oczy lśniące zapadnięte, język zupełnie suchy, tętno bardzo szybkie, nikłe, wyżéj 120 uderzeń na minutę, liczba oddechów 38 na minutę, ciepłota 39°, kończyny górne i dolne chłodne, zapad. W sutkach czynność zwiększona, brzuch wypukłony, dokoła pępka, wysoko umieszczonego, ślady od przystawionych pijawek, na brzuchu nieliczne blizny poporodowe, powłoki brzuszne chude, przez nie zaznaczają się zarysy wzdętych jelit. Za pomocą obmacania stwierdzić można guz wychodzący z miednicy małéj, kulisty, sięgający do pępka, o ścianach napiętych dosyć grubych; obmacanie guza i dolnéj okolicy brzucha sprawia choréj znaczny ból. Guz jest elastyczny i okazuje wybitne chełbotanie. Odgłos wypukowy nad guzem jest stłumiony, w pachwinach także przytłumiony, nad resztą brzucha wysoko bębenkowy. Cały srom znacznie obrzmiały i zaczerwieniony, cuchnienie znaczne, pochodzące od rozłożonego moczu, na wewnętrznéj powierzchni warg większych i mniejszych złogi wypociny szaréj, dyfterytycznéj, brzegi ujścia cewki moczowéj silnie obrzmiałe, pokryte również wypociną szarą, która zatyka wejście do cewki. Wejście do pochwy bardzo szerokie, zasłonięte wypadniętą tylną ścianą pochwy. Pochwa krótka, ściany jéj pulchne ale suchawe i gorące, część pochwowa wysoko ustawiona, przyparta do spojenia łonowego, skrócona, pulchna, ujście stanowi szparę, do któréj koniec palca wchodzi; sklepienie tylne wypukłone przez guz elastyczny, będący dalszym ciągiem części pochwowéj, guz ten więc jest powiększoną macicą. Sklepienie przednie jest szczelinowate, guz w tylnem sklepieniu jest prawie nieruchomy a ucisk wywarty sprawia choréj ból. Palec wyjęty śluzem cuchnącym okryty. Mocz wypuszczony cewnikiem elastycznym, który wykazuje, że cewka jest wyciągnięta za spojenie łonowe, jest zielonawo-żółty, mętny, bardzo cuchnący; pod koniec wychodzi gęsta, ciągnąca się, cuchnąca ropa, zatykająca oczka cewnika. Po wypuszczeniu moczu guz wybadany przez powłoki brzuszne znacznie się zmniejszył i sięga teraz do połowy odstępu między spojeniem łonowem a pępkiem, a odpowiada znacznie zgrubiałemu pęcherzowi wskutek przerostu i nacieku zapalnego w ścianach. Macicę można było wybadać jako opór miękawy ze zgrubiałym pęcherzem na kilka ctm. nad spojeniem sięgający, część pochwowa teraz zeszła nieco niżéj.

Rozpoznanie: *Incarceratio uteri gravidi, retroflexi. Retentio urinae Cystitis diphteritica, pericystitis (peritonitis) diphteria vulvae.* Wobec takiego stanu choréj, uwzględniając daléj czas trwania choroby i stopień zboczeń następowych, rokowanie było bardzo wątpliwe, prawie złe.

Przystąpiono teraz do odprowadzenia macicy w sposób, o jakim wyżéj mówiłem. Macica bez znacznych trudności dała się wysunąć z tylnego sklepienia, za czem przemawiało i to, że część pochwowa obniżyła się jeszcze więcéj i dała się wybadać w osi miednicy. Dno macicy miękkie, ale jędrniejące czasem sięgało teraz nieco wyżéj i do połowy odległości między spojeniem łonowem a pępkiem. Po tym

zabiegu chorą ułożono w pozycyi kolankowo łokciowéj, podano lewatywę, środki skrzepiające i ogrzewano kończyny flaszkami gorącemi, wreszcie przez pierwsze trzy dni podawano *laudanum*.

Po dwóch godzinach po lewatywie dwa obfite wypróżnienia, tegoż dnia odprowadzano co cztery godziny mocz, przyczem zauważyłem następujący objaw: Czasem cewnik wchodził bardzo łatwo bez oporu, a mianowicie jeżeli dzióbem skierowano go ku górze i na prawo i odprowadzał mocz wprawdzie cuchnący i mętny, ale rzadki (płynny); to znowu cewnik wchodził z trudnością jakby po fałdach dosyć grubych, twardych, nierównych, szorstkich, niby żwirem posypanych i wtedy nie wyprowadzał moczu, lecz z cewnika wydobywała się kropla gęstéj ropy, a gdy się cewnik wyciągnęło, w otworach była także ropa i płatki rozłożonéj tkaniny. Objaw ten łatwo wytłomaczyć sobie mogłem, ale dopiero po sekcyi zwłok, a w jaki sposób, to w końcu nadmienię. Pęcherz przepłukano ostrożnie pierwszego dnia dwa razy letnim 3% kwasem borowym. Wieczorem tegoż dnia stan ogólny zdaje się nieco lepszy: cieplota ciała 37°, tętno 132, bólów niema, chora pije rosół, wino, winną zupę, nie wymiotuje, leży na boku lewym z przybliżonemi mocno do brzucha udami. Przez cztery następne dni stan bezgorączkowy, jednak niestosunek tętna, które zawsze jest wyżéj 120 uderzeń na minutę. Pęcherz dwa razy dziennie przepłukiwano kwasem borowym, — dyjeta płynna, pożywna — *laudanum* wewnętrznie.

Dnia 29/X o godzinie 2 po północy, bez poprzednich bólów, które zdradzałyby skurcze macicy, wystąpiło mierne krwawienie, poczem odpłynęła mierna ilość wód płodowych i urodził się płód 13 ctm. długi, odpowiadający rozwojem płodowi z 3½ miesiąca księżycowego. Po urodzeniu płodu wystąpił znaczniejszy krwotok, co skłoniło mnie do tego, że wszedłem do pochwy dwoma palcami a potem do szyi rozwartéj, z któréj sterczało łożysko prawie już oddzielone a tylko z jamą macicy za pomocą postronka z błon złączone, ruchem kolistym oddzieliłem z wielką łatwością ten postronek, uciskając lekko nad spojeniem i wydobyłem popłód. Krwawienie ustało zupełnie. Pochwę przepłukano kwasem karbolowym 2½%. Polecono lodowe okłady na dolną okolicę brzucha, a wewnętrznie wino.

Dnia 30/X stan znacznie się pogorszył. Cieplota 39·7 po dreszczu silnym, tętno 140 nitkowate, sinica, oddech szybki, kończyny chłodne, niepokój, chora uskarża się na ból ciągle trwający w dolnéj połowie brzucha, bębnica nieznaczna. Mocz odpływa bezwiednie, nie tak cuchnący, odchody połogowe miernie obfite, różowe, nie cuchnące.

31/X. Stan coraz groźniejszy. Bębnica, wymioty żółciowe, bóle bardzo znaczne w całym brzuchu, kończyny zimne. Cieplota 39·3, tętno 150. Okłady lodowe daléj gorące kamienki na odnogi, szampan mrożony wewnętrznie. Po trzech godzinach cieplota zaczęła spadać aż do 36·7°, tętno niewymacalne prawie, przepuszczające, sinica, pot lepki, znaczne bóle w brzuchu, — wymioty fusowate, w godzinę śmierć.

Sekcyja wykonana dnia 1/XI w zakładzie anatomii patologicznéj prof. Browicza wykazała: *Pelveoperitonitis purulenta ex cystitide et pericystitide diphteritica. Exfoliatio totius mucosae et muscularis vesicae urinariae, perforationes multiplices vesicae. Vulvitis et vaginitis diphteritica. Pneumonia incipiens pulmonis sinistri lobi inferioris.* Wszystkie te zmiany są naturalnie następstwem uwięźnięcia macicy ciężarnéj tyłozgiętéj.

Przypadek ten jest z kilku względów ciekawy, to też trzeba na niego zwrócić uwagę. Należy on do tych nielicznych a znanych w literaturze przypadków, w których nastąpiło zupełne odłuszczenie błony śluzowéj i mięsnéj pęcherza, o których Skinner mówi, że kończą się zawsze niepomyślnie. Tu należy przypadek Schatza (*Archiv f. Gyn.* Bd. I, śmierć), Moldenhauera (*Archiv f. Gyn.* Bd. VI, śmierć), Brandeisa (*Archiv f. Gyn.* Bd. V, wyzdrowienie), Zweifla (*Lehrbuch der Geburtshülfe*, wyzdrowienie), Madurowicza (ogłoszony w *Wiener med. Wschrft.* 1877, Nr. 51 i 52, jakoteż w „Przeglądzie Lek.“ 1877 str. 581, 593, 605, wyzdrowienie), Mefferta (*Inaugural-Dissertation*, Greifswald 1890 wyzdrowienie), Schwytzera (*Archiv f. Gyn.* Bd. XLI, śmierć). Przy częściowem odłuszczeniu śmiertelność wynosi 23·8% (Skinner). Nie można też pominąć milczeniem okoliczności podniesienia beczki ciężkiéj, które było bezpośrednią przyczyną wystąpienia objawów, a to dlatego, że są autorowie, którzy wątpią w możność nagłego wystąpienia uwięźnięcia, gdy inni jako przyczynę podają właśnie podnoszenie ciężkich przedmiotów, skakanie, upadnięcie. I my nie sądzimy, aby w tym przypadku w chwili podniesienia beczki miało nastąpić wszystko, ale przecież sprawę już istniejącą taka nadmierna praca pogorszyć mogła. Daléj trzeba wspomnieć o tem, że choroba trwała długo, jeżeli przez pięć tygodni występowały objawy groźne i że nie starano się o pomoc pewną i skuteczną, lecz zadowalano się odprowadzaniem moczu. Właśnie takie postępowanie, a co za tem idzie, długie trwanie choroby sprowadza w otoczeniu takie zmiany, które kończą się śmiercią dwóch istot; śmierć w tych razach powstaje z powodu zapalenia otrzewny albo wskutek mocznicy, rzadziéj wskutek pęknięcia ścian nadmiernie rozciągniętego pęcherza moczowego, częściéj zato rozwija się ogólne zapalenie otrzewny w następstwie pęknięcia wrzodu zgorzelinowego w pęcherzu tak, jak to się stało właśnie w naszym przypadku, gdzie nastąpiło przebicie w dwóch miejscach, a co było przyczyną szybkiego zejścia niepomyślnego.

Winckel wspomina o dwóch przypadkach pęknięcia pęcherza z powodu zgorzeli częściowéj, stwierdzonych przy sekcyi. Krukenberg zaś w r. 1882 (*Archiv f. Gyn.*) zebrał 11 przypadków pęknięcia pęcherza i stara się wykazać, że ono nie należy przy uwięźnięciu macicy do rzadkości. — Również jak nasz niepomyślnie zakończył się przypadek Schatza (*Archiv f. Gyn.* Bd. I) z powodu tego, że zapóźno pomocy udzielono, jak również z téj saméj przyczyny i przypadek Schwytzera (*Archiv f. Gynaek.* Bd. XLI, H. I. i II.), w przypadku zaś Zweifla (*Lehrbuch der Geburtshülfe* p. 307 do 309) i Madurowicza (*Wien. med. Wschrft.* i „Przegląd Lek.“) mimo odłuszczenia błony śluzowéj, którą wydobyto przez cewkę, nastąpiło wyzdrowienie. W naszym przypadku i to podnieść należy, że mimo przedziurawienia pęcherza w dwóch miejscach mocz przecież nie dostawał się do jamy brzusznej, albowiem już przedtem potworzyły się zlepy między pęcherzem a jelitami cienkiemi. To rzuca światło na sposób, w jaki powstaje wyleczenie, mimo daleko posuniętych zmian, jak to miało miejsce w dwóch znanych w literaturze a jedynych przypadkach a mianowicie w przypadku Frankenhäusera (*Archiv f. Gyn.* Bd. XII) i przypadku Madurowicza (*Wien. med. Wschrft* 1877 Nr. 51, 52 i „Przegl. Lek.“ 1877, str. 581, 593 i 605), gdzie uległa zgorzeli nietylko błona śluzowa ale mięsna i część otrzewny okrywającéj pęcherz, wszystko to zostało wydalone na zewnątrz przez cewkę a mimo to chora wyzdrowiała.

Przypadek ten dotyczył ciężarnéj w 19 tygodniu ciąży, u któréj macicę odprowadzono. W 21 dniu po odprowadzeniu odszedł przez cewkę płat zwinięty 5½ ctm. długi, grubości palca wskazującego. Po rozłożeniu powierzchnia wynosiła 208 ctm. □. Obwód otworu wynosił 44 ctm. Na zewnętrznéj stronie widać było dokładnie powierzchnię 6 ctm.

szeroką, a 7 ctm. długą, odpowiadającą zmętniałemu płatowi otrzewny. Preparat znajduje się w muzeum anatomii patologicznéj.

W naszym przypadku dopiero od chwili poronienia wystąpiły groźniejsze przypady, objawy zapalenia otrzewny, które nawet pozwalały domyślać się, że nastąpiło przedziurawienie. Przyczyną tego rozdarcia zlepów mogło być albo nagłe zmniejszenie się macicy i zmiana położenia, a co za tem idzie, zmiana położenia jelit względem macicy, pęcherza i oderwanie zrostów, albo zabiegi przy wydobyciu łożyska, chociaż z powodu bolesności nie wywierano ucisku żadnego nad spojeniem łonowem, albo nareszcie przebicie nastąpić mogło niezależnie od naszych zabiegów i poronienia a li tylko jako skutek niszczącego tkanki działania posoki. Nie rozpoznaliśmy też w naszym przypadku całkowitego złuszczenia błony śluzowéj i mięsnéj pęcherza, lecz tylko zgorzel błony śluzowéj. A czy mogliśmy więcéj rozpoznać? Powiedzmy nie! Dopiero sekcyja to wykazała. Na przyszłość chcę na jednę wyżéj już nadmienioną okoliczność zwrócić uwagę, która mnie uderzyła przy odprowadzaniu moczu cewnikiem, a którą po sekcyi dopiero łatwo mogliśmy sobie wytłomaczyć, tj. że raz mocz po zaprowadzeniu cewnika wypływał obficie, to znowu nie odpływał zupełnie a natomiast w oczkach cewnika była ropa. Okoliczność tę należałoby na przyszłość wyzyskać w celach rozpoznawczych. Przed sekcyją tłomaczyłem sobie to po prostu zatkaniem otworków cewnika ropą zaś po sekcyi w ten sposób, że skoro cewnik wszedł pomiędzy oddzieloną torbę a pęcherz, wtedy mocz odpływał. Należałoby na przyszłość w podobnych zdarzeniach przy odprowadzaniu moczu pomyśleć o oddzieleniu się błony śluzowéj i mięsnéj, która w naszym przypadku jako osobna torba w pęcherzu leżała. Preparat części rodnych wogóle trzew miednicy małéj zachowano w muzeum zakładu anatomii patologicznéj prof. Browicza.

Na koniec jeszcze krótkie historyje choroby przypadków dwóch, z których jeden miał miejsce niedługo po tym, drugi zaś w marcu 1891 r., a które dzięki wczesnéj pomocy bardzo pomyślnie się zakończyły, — a to w celu porównania wyników leczenia, które w obydwóch przypadkach było bardzo podobne.

Przypadek II. Uwięźnięcie macicy ciężarnéj tyłozgiętéj. Zapalenie pęcherza moczowego. Odprowadzenie macicy. Wyzdrowienie.

Dnia 26 stycznia b. r. przywieziono do kliniki H. B. lat 36 liczącą, zamężną z W. Wywiady: Miesiączkowała od 17 roku życia prawidłowo. Zamężna od roku. Roniła raz, nie rodziła. Ostatnia regularność z końcem września 1891 r. Przed dwoma tygodniami miała doznać silnego bolu w dolnéj części brzucha, temu towarzyszyły dreszcze i gorączka. Od tego czasu doznaje trudności w oddawaniu moczu lub wcale oddać go nie może. Od 4 dni brak stolca, nudności, codziennie dreszcz.

Badanie przedmiotowe: Kobieta blada, objawy zapadu, ciepłota 39·2°, tętno 128. Brzuch wypuklony, nad pachwinami ślady po przystawieniu pijawek. Wypuklenie to pochodzi od guza wychodzącego z miednicy a sięgającego na 2 palce powyżéj pępka elastycznego, napiętego, chełboczącego. Odgłos nad wypukleniem stłumiony, zresztą bębenkowy. Mocz cewnikiem elastycznym w ilości 3 litrów odprowadzony, jest mętny, oddziaływania obojętnego, pod koniec przy odprowadzaniu kilka kropli ropy ze śluzem. Po odprowadzeniu pozostał guz wychodzący z miednicy małéj, sięgający 4 palce nad spojeniem łonowem, wychodzący z miednicy małéj a odpowiadający macicy powiększonéj. Przy obmacaniu brzucha, jak również macicy, doznaje chora znacznego bólu. Zewnętrzne części rodne nie przedstawiają żadnych zboczeń oprócz zasinienia, obrzmienia i suchości. Wejście do pochwy miernie szerokie, ciepłota pochwy podwyższona, błona śluzowa pochwy rozpulchniona, pochwa niezbyt długa, ku sklepieniu tylnemu rozszerzająca się, tylne sklepienie mocno wypuklone, przednie bardzo wązkie, wyciągnięte aż nad spojenie łonowe. Cała jama miednicy małéj wypełniona przez guz miękki, gładki, ciastowaty. Posuwając palec za spojeniem łonowem czuć w sklepieniu przedniem szczelinowatem część pochwową na jeden centimetr długą. Ujście drobne tworzy otwór owalny, tylna warga części pochwowéj przechodzi na guz. Badanie przez odbytnicę stwierdza mocne wypuklenie przedniéj jéj ściany. Sutki małe, zrazy gruczołowe nieco wyraźniejsze, za uciskiem wydobywa się kléj. Podczas badania odbijanie i czkawka.

Na podstawie tego badania rozpoznano: *Incarceratio uteri gravidi retroflexi. Cystitis.*

26/I. W głębokiéj narkozie przystąpiono do odprowadzenia macicy, co się w zupełności powiodło. Guz z tylnego sklepienia po odprowadzeniu znikł, część pochwową można było wybadać w osi miednicy dosyć nisko ustawioną, dalszy ciąg macicy można teraz wybadać we wszystkich sklepieniach, najwięcéj jednak w przedniem. Chorą ciężarną ułożono po tym zabiegu, gdy przyszła do siebie, na bok, podano lewatywę w celu wywołania wypróżnienia, poczem podano opium.

28/I. Bóle znacznie się zmniejszyły w dolnéj części brzucha, wymioty powtórzyły się jeszcze dwa razy, co działaniu chloroformu przypisać należy, tętno 104, ciepłota 37°. Wieczorem raz wymioty. Ciepłota 38·8°, tętno 110. Ogólny stan lepszy. Mocz czysty, oddaje sama. Podano opium.

29/I. Rano stan zupełnie dobry. Ciepłota prawidłowa, tętno nieco szybsze do 100 uderzeń na minutę, nawet nudności niema. Wieczorem ciepłota 38·3°, tętno 102. Ogólny stan dobry. Podano odwar lnianego siemienia do popijania.

30/I. Stan choréj zupełnie dobry, bóle się nie powtórzyły, mocz zupełnie czysty, nudności i wymiotów niema, stolec występuje dobrowolnie, stan bezgorączkowy. Badanie przez pochwę wykazuje, że dalszy ciąg macicy jest w sklepieniu przedniem a część pochwowa leży w osi miednicy.

10/II. Chorą zatrzymano w klinice aż do 10 lutego, w którym to dniu jako wyleczona takową opuściła.

Przypadek III. Tyłozgięcie macicy ciężarnéj. Zapalenie pęcherza moczowego. Odprowadzenie. Wyzdrowienie.

K. K., lat 33, zamężna z Ż. przywieziona do kliniki dnia 14 marca 1891 r.

Chora podaje, że miesiączkowała od 17 roku życia prawidłowo. Za mąż wyszła przed 10 miesiącami. Ostatnia regularność prawidłowa była w połowie listopada 1890 r., a zatem przed czterema miesiącami. Od miesiąca doznaje pewnych trudności w oddawaniu moczu, od trzech tygodni zauważyła lekkie opuchnięcie nóg. Od trzech dni zaś nie może oddawać ani moczu ani stolca, przyczem czuje bóle dosyć znaczne w dolnéj połowie brzucha, również miała mieć nudności i wymioty.

Badanie przedmiotowe wykazuje stan następujący: Kobieta wzrostu średniego, blada, odżywienie słabe, ciepłota ciała nieznacznie podwyższona, tętno 110. Około kostek lekkie obrzęki. W sutkach czynność podwyższona, przy ucisku kléj wycisnąć się daje. Brzuch mocno wypuklony, powłoki napięte, bolesne przy dotykaniu. Wypuklenie to pochodzi od guza, rozszerzającego się na boki, bolesnego przy dotykaniu. Guz ma powierzchnię gładką, ściany cienkie, napięte i okazuje objawy wyraźnego chełbotania, sięga ku górze na szerokość dłoni poniżéj wyrostka mieczykowatego, odgłos wypukowy nad guzem stłumiony, nad resztą brzucha bębenkowy. Srom nieco rozwarty, soczysty, wyprzanie w przegubach, przedsionek sinawo-różowy, ujście cewki niewidoczne z powodu wciągnięcia w głąb przedsionka. Cewnik elastyczny założony ostrożnie z trudnością wyprowadził cztery litry moczu wysyconego, w ostatniéj porcyi mętnego, zawierającego ślad białka dobrze spostrzegalny. Po odprowadzeniu moczu wypuklenie brzucha znacznie się zmniejszyło, po-

zostało tylko pod pępkiem i na prawo. Wypukle nie to pochodzi od guza, okazującego wszystkie cechy macicy powiększonéj, jest tylko mało ruchomy. Wejście do pochwy miernie szerokie, ściany pochwy pulchne, pochwa długa, część pochwowa umieszczona w wysokości górnego brzegu spojenia łonowego, ujście zewnętrzne przedstawia dołek okrągły, do którego zaledwie koniec palca wchodzi, tylna warga części pochwowéj prawie zanikła, przechodzi na guz wypuklający tylne sklepienie aż do wychodu miednicy i zajmujący prawie całą jamę miednicy małéj tak, że palec pomiędzy guzem a tylną ścianą spojenia łonowego tylko z trudnością do części pochwowéj daje się doprowadzić. Guz dający się wybadać przez pochwę a wypuklający tylne sklepienie jest częścią guza dającego się wybadać przez powłoki nad spojeniem, ma tę samą zbitość i stanowi z nim jednę całość. Badanie przez odbytnicę wykazuje znaczne wypuklenie przedniéj jéj ściany.

Na podstawie tego badania rozpoznano: *Retroflexio uteri gravidi. Cystitis laevis. Irritatio peritonaei.*

Wobec tego, że objawy nie były zbyt groźne, że zmiany w pęcherzu nie były daleko posunięte, postanowiono użyć leczenia łagodniejszego. Ułożono ciężarną na bok prawy, z mocno do brzucha zbliżonemi udami i zastosowano lewatywę, poczem chora zajęła ułożenie kolankowo-łokciowe, w którem pozostała przez dwie do trzech godzin. Następnego dnia badanie wykazało: stan bezgorączkowy, tętno spokojne, brzuch niebolesny, a badając palcem przez pochwę czuć można, że guz, wypuklający tylne sklepienie znikł zupełnie, część pochwowa w osi miednicy nieco skrócona, dalszy ciąg macicy wyczuwalny we wszystkich sklepieniach, najwięcéj w przedniem. Podano opium, polecono spokój i napoje kwaskowate. Chora pozostawała w klinice z powodu tkliwości brzucha nad spojeniem łonowem i lekkiego niedowładu pęcherza przez 10 dni, poczem jako wyleczona opuściła klinikę.

Historyje choroby dwóch ostatnich przypadków są, jak mniemam, najwymowniejszym dowodem, że nawet, pomimo objawów uwięźnięcia, zmian w pęcherzu i zadrażnienia otrzewny, jeżeli tylko wcześnie do leczenia przystąpimy, bez wielkich a niebezpiecznych zabiegów cel osiągnąć jesteśmy w stanie, w wielu razach płodowi dalszy pomyślny rozwój zapewniamy, matkę zaś prawie zawsze od niechybnéj ratujemy śmierci.

II. Właściwości przebiegu i objawów zapalenia opon mózgowych gruźliczego u dzieci.

Według spostrzeżeń poczynionych w szpitalu św. Ludwika.

Podał

Dr. Emanuel Rosenblatt w Krakowie.

(Dok. Patrz Nr. 48.)

23. Józef Węgiel, lat 7, przyjęty 25 marca 1881. Źle odżywiony, cera blada, gruczoły karkowe przerosłe. Klatka piersiowa długa, dołki pod i nad obojczykiem prawym zapadłe, odgłos wypukowy ponad szczytem płuca prawego tak z przodu jak z tyłu stłumiony, wdech i wydech oskrzelowy. W części dolnéj oddech nieoznaczony, liczne rzężenia i furczenia. Podobnie też i w górnym płacie płuca lewego liczne rzężenia, oddech chuchający, odgłos wypukowy w szczycie z tyłu krótszy. Serce wymiarów prawidłowych, tony czyste lecz nieregularne. Brzuch nieckowato zapadły. Chory cierpi od dni kilku na zaparcie stolca i ból głowy. Ciepłota wieczorna 39·4, tętno 120.

26/III c. r. 39·0, w. 39·6. Kilkakrotne wymioty, zaparcie stolca, niespokój, skurcz mięśni karkowych, ból głowy.

27/III c. r. 39·2, c. w. 39·5. Wymioty, około południa drgawki, potem nieprzytomność, mienienie się twarzy, zataczanie gałek ocznych ku górze.

28/III c. r. 38·5. Nieprzytomność, gałki oczne nieruchomo w dal ustawione, wytrzeszczak, źrenice szerokie. Obie kończyny górne niedowładne, palce w stawach zgięte, czucie znacznie przytępione. Tętno bardzo słabe, nieregularne. W południe tor oddechowy Stokesa, po południu śmierć.

Sekcyja wykonana 29 marca wykazała: *Degeneratio glandularum bronchialium caseosa. tuberculosis et infiltratio tuberculosa pulmonis utriusque, pleuritis fibrosa bilateralis. Leptomeningitis tuberculosa basis cerebri.*

Wypocina na podstawie zielonkowato-żółta, włóknikowo ropna, wzdłuż naczyń w zatokach Sylwiusza nieliczne gruzełki, znaczniejsza ilość cieczy mętnéj, białawéj w komórkach.

24. Józef Solarski, lat 7, przyjęty 2 czerwca 1881 r. Ojciec chory na suchoty płuc, siostra zmarła na zapalenie opon mózgowych. 29 maja wieczorem żalił się, że czuje się słabym i że go głowa boli, w nocy przez sen zaczął się rzucać i krzyczeć. Po napiciu się wody nastąpiły wymioty, które od tego czasu się powtarzały i dotąd utrzymują. Równocześnie cierpi na uporczywe zaparcie stolca. Ciągły ból głowy zwłaszcza w czole.

Status praesens: Kościec drobny lecz prawidłowy, cera blada, miernie odżywiony, błony śluzowe niedokrewne, język obłożony. Czoło zmarszczone, ruchy gałek ocznych prawidłowe, źrenica prawa nieco szersza i leniwiéj oddziaływa, zresztą poczucie światła dobre. Gruczoły karkowe drobne, zbite. W klatce piersiowéj zmian wypukiwaniem stwierdzić nie można, szmery oddechowe słabe, tu i owdzie trochę rzężeń przy głębszym wdechu. Wymiary serca prawidłowe, uderzenie koniuszkowe wyraźne, tony czyste lecz nieumiarowe. Tętno dość pełne, nieregularne, chwilami tylko 48 uderzeń na minutę. Brzuch zapadły, stłumienie nad zatokami biodrowemi wskutek nagromadzenia kału. Śledziona i wątroba prawidłowe, niewymacalne. Narząd ruchowy prawidłowy, odruchy ścięgniste i skórne prawidłowe. Przeczulica miernego stopnia, chwilami zaś apatyja. Na zapytania odpowiada do rzeczy. Ciepłota wieczorna 37·1.

Do 7 czerwca stan się nie zmienia, najwięcéj dolegają choremu wymioty i ból głowy. Ciepłoty ranne i wieczorne wahają się pomiędzy 36·0 i 36·5, tętno między 54 a 80.

7 czerwca c. r. 37·2, po wypróżnieniach kałowych skutkiem kalomelu czuje się cokolwiek lepiéj i pije dosyć mleka, wieczorem napad drgawek krótkotrwały, poczem pozostało otumanienie i skurcz mięśni karkowych.

8/VI c. r. 37·3, w. 38·8. Jednorazowy atak drgawek.

9/VI c. r. 37·5, w. 37·8. Opadnięcie powieki górnéj lewéj. Niedowład kończyn połowy ciała prawéj, zez zbieżny, rozszerzenie znaczne źrenic. Bezprzytomność zupełna. Plamy Trousseaua, brzuch nieckowato zaklęśnięty. Tętno 84.

10/VI c. r. 38·1, w. 38·4. *Nystagmus oscillatorius* głównie oka prawego, drgawki prawéj połowy ciała, oddech nieregularny, płytki, częsty, to znów przerywany długiemi pauzami. W obydwóch płucach liczne rzężenia, w szczycie płuca prawego wydech słabo oskrzelowy. Twarz mocno zaczerwieniona, czucie i odruchy zmniejszone.

11/VI c. r. 38·0. Drgawki słabe obydwóch kończyn górnych, automatyczne ruchy kończyny dolnéj lewéj. Mlaskanie. O godzinie 11½ śmierć.

Sekcyja wykonana 12 czerwca 1881 wykazała: *Tuberculosis miliaris acuta, meningitis tuberculosa, hydrocephalus internus, infiltratio caseosa glandularum bronchialium, tuberculosis peritonei, ulcera tuberculosa ilei, infiltratio caseosa gland. mesaraicarum, tuberculosis renum.*

Opony miękkie u podstawy ćmawe i zgrubiałe, liczne gruzełki wzdłuż naczyń w zatokach Sylwiusza, komórki rozszerzone, wypełnione cieczą surowiczą.

25. Magdalena Kukliczówna, lat 2, przyjęta 19 czerwca 1881. Źle odżywiona, gruczoły karkowe i pachwinowe przerosłe. Odgłos wypukowy przytłumiony nad obydwoma szczytami płuc, przy oddechu liczne rzężenia i furczenia, w dolnéj części płuca lewego odgłos wypukowy stłumiony, oddech bardzo słabo słyszalny. Brzuch napięty, śledziona powiększona, rozwolnienie, kaszel. Mocz białka nie zawiera. C. w. 37·8.

Stan ten utrzymuje się aż do 3 lipca, gorączki wyraźnéj niema, stolców po kilka dziennie, kaszel dość mocny,

nacieki w płucach coraz wyraźniéj się objawiają. Chora chudnie i nędznieje z dniem każdym. Ciepłota raz tylko 25/VI była 38·6, zresztą prawidłowa nawet, zwłaszcza w ostatnich dniach.

3 lipca znaczny zapad, chora już nic nie przyjmuje, oddech szybki nieregularny, śpiączka.

4 lipca umarła o godzinie 3 po południu wśród coraz wzmagającego się zapadu, jednak bez wszelkich objawów ze strony ustroju nerwowego.

Sekcyja wykonana 5 lipca wykazała: *Infiltratio tuberculosa pulmonis utriusque. caverna pulmonis sinistri. Tuberculosis glandularum bronchialium, melanosis lienis, catarrhus chronicus intestini ilei. Meningitis basis cerebri tuberculosa.*

Obficie nagromadzona wypocina zielonkowato-żółto ropna, częścią włóknikowa na podstawie mózgu, gruzełki dość licznie rozsiane, komórki mózgowe nie rozszerzone.

26. Teodor Solarski, lat 5, przyjęty 20 lipca 1881. Ojciec chory na suchoty płucowe i częste krwotoki, brat zmarł w szpitalu św. Ludwika wskutek zapalenia opon gruźliczego, podobnéj chorobie uległa w domu także i siostra. Od dni kilku stracił humor i apetyt i wymiotuje często tak na czczo jak po jedzeniu. Podczas przyjęcia wymiotował kilkakrotnie, wymioty występują nagle bez nudności. Żali się na ból głowy.

Źle odżywiony, na skórze tułowia widać żyły porozszerzane, na brzuchu liczne limfomata drobne, podściółka tłuszczowa zanikła, gruczoły karkowe i pachwinowe bardzo liczne, drobne lecz twarde. Spojrzenie groźne, gałki oczne wytrzeszczone, źrenice jednakowe, lecz oddziaływają bardzo powoli, zezu ani *nystagmus* niema. Błona śluzowa warg blada, lewy kąt ust obwisły, fałd nosowowargowy wyrównany. Wypuk daje z przodu po stronie prawéj odgłos niższy lecz pełniejszy, po lewéj wyższy, krótszy nieco bębenkowy. Z tyłu w obydwóch szczytach stłumiono-bębenkowy, u dołu po stronie lewéj stłumiony. Oddech nieoznaczony, po lewéj w pasze i z przodu oskrzelowy. Wymiary i tony serca prawidłowe. Brzuch zaklęśnięty, stolca od 2 dni nie było. Ciepłota wieczorna 37·3.

21 lipca c. r. 37·0. Całkiem przytomny, żali się na ból głowy. Wymiotów nie było. W moczu białka niema, barwiki, moczany i fosforany w ilości zwiększonéj, c. w. 37·0.

22/VII c. r. 37·3, w. 37·0, wymioty kilkakrotne, plamy Trousseaua.

23/VII c. r. 37·0, w. 37·5.

24/VII c. r. 37·1, w. 37·5. Krwotok z nosa, śpiączka, źrenice niejednostajnie rozszerzone, tętno nieregularne 60 do 94.

25/VII c. r. 37·5, w. 37·3. Wykrzykiwanie, źrenica prawa szeroka, lewa wązka, wymiotów już nie było.

26/VII c. r. 37·2, w. 37·5. Ospałość coraz większa.

27/VII c. r. 37·0. O godzinie 4 rano nastąpił bardzo silny krwotok z płuc ustami. Chory nieprzytomny, leży z powiekami w pół otwartemi, źrenice to się zwężają to rozszerzają, gałki oczne albo ustawione w dal albo ku górze skierowane, spojówki nastrzykane, usta krwią zbroczone i skrzepami wypełnione. Drgawek nie było, czucie i odruchy prawidłowe. Oddech z przodu klatki piersiowéj po stronie prawéj i w pasze chuchający. Po lewéj z tyłu wyraźnie oskrzelowy, odgłos wypukowy przy kącie łopatki bębenkowy. Oddech spokojny, tętno wolne 64 przepuszczające.

Wieczorem ciepłota 38·3. Ani śladu przytomności, twarz zarumieniona, źrenica lewa nadmiernie szeroka, prawa wązka. Skubanie kołdry, lekkie drgawki lewéj kończyny górnej. Opad powieki górnéj lewéj.

28/VII c. r. 38·1. Drgawki lekkie lewéj połowy ciała, zresztą stan jednakowy. C. w. 40·0, o godz. 5 oddech charczący, o godz. 8½ śmierć.

Sekcyja wykonana 30 lipca wykazała: *Degeneratio glandularum bronchialium caseosa sbsqu. tuberculosi universali miliari. Leptomeningitis tuberculosa, hydrocephalus ventriculorum acutus majoris gradus. Tuberculosis pulmonis utriusque, caverna pulmonis sinistri. Tuberculosis lienis, renum, glandularum solitarium ilei.*

Opony miękkie miejscami ćmawe, na podstawie znaczniejsza ilość świeżéj włóknikowéj galaretowatéj, zielonkowato-żółtej wypociny, wśród któréj i obok gęsto rozsiane gruzełki, drobne, szarawe. Zwoje mózgu spłaszczone, na przekroju kora blada, miejscami drobne żółtawe serowate guzki okazująca. Spójność bladéj istoty rdzeniowéj znacznie zmniejszona. Komórki znacznie, bo przeszło w czwórnasób rozszerzone, wypełnione mętną cieczą, zmięszaną z strzępkami rozmiękłéj białawéj miazgi z powierzchownych warstw ciałka prążkowatego i wzgórek wzrokowych.

27. Stanisław Bartosik, lat 1½, przyjęty 21 listopada 1881. Od tygodnia wymioty, zaparcie stolca, wykrzykiwanie, od dni 3 drgawki i bezprzytomność.

Miernie odżywiony, na skroniach żyły porozszerzane, powieki w pół otwarte, źrenice niejednakowo rozszerzone, nieprzytomny zupełnie, przykurczenia kończyn górnych, drgawki, przerywane, skurcz karkowy. Stłumienie odgłosu wypukowego po stronie lewéj w szczycie, oddech oskrzelowy, w reszcie płuc rzężenia, brzuch nieckowato zaciągnięty. Ciepłota wieczorna 38·6.

22/XI umarł o godzinie 10 rano.

Sekcyja wykonana 23 listopada wykazała: *Degeneratio caseosa gland. bronchialium et apicis pulmonis sinistri. Tuberculosis miliaris. bronchitis diffusa, atelectasis disseminata et oedema pulmonum. Tuberculosis miliaris hepatis lienis, renum. Ulcera tuberculosa intestini ilei.*

W jamie czaszkowéj stwierdzono tylko bardzo znaczne napięcie opony twardéj, nad półkulami mózgowemi znaczniejszą ilość cieczy surowiczej w przestworach podpajęczych.

28. Wiktoryja Banianka, lat 3, przyjęta 23 listopada 1881. Wywiadów niema żadnych. Stan choréj bardzo zły. Odżywienie złe, objawy nacieku w obydwóch szczytach płuc. Liczba oddechów 88 na minutę, charczenie w tchawicy. C. w. 39·8, tętno 160. Rozwolnienie.

24/XI. Zapad jeszcze większy, c. r. 39·0, w. 40·2.

25 o godzinie 3 rano umarła. Przypadków mózgowych nie było żadnych.

Sekcyja wykonana 26 listopada wykazała: *Degeneratio caseosa glandularum lymphaticarum colli, bronchorum et mesenterii. Infiltratio tuberculosa et tuberculosis miliaris pulmonis utriusque et pleurarum, hepatis et lienis. Leptomeningitis tuberculosa ad basim. Catarrhus gastroduodenalis chronicus. Infiltratio et ulceratio tuberculosa glandularum agminar. ilei et solitarium crassi intestini. Residua post enteritidem follicularim. Infilratio adiposa hepatis.*

Liczne drobne szarawe gruzełki wzdłuż przebiegu naczyń na podstawie, nieco większa ilość cieczy mętnéj w przestworach podpajęczych z płatkami włóknikowemi.

Komórki mózgowe były prawidłowe a około skrzyżowania nerwów wzrokowych nie było wyraźnych produktów zapalenia.

29. Wincenty Zwoliński, 15 miesięcy, przyjęty 26 listopada 1881. Dobrze odżywiony. Znaczny wyprysk, eczema, na skórze sklepienia czaszkowego, gruczoły karkowe obrzękłe. W części zewnętrznéj dolnéj pośladka prawego ropień wielkości orzecha włoskiego, o twardych nacieklych brzegach. W płucach tylko liczne rzężenia i furczenia, śledziona macalna, brzegi ostre, c. w. 38·0.

27/XI c. r. 35·8, w. 38·4. Ropień otwarto.

28 c. r. 37·1, w. 38·0. Po każdem jedzeniu wymioty silne, stolec prawidłowy.

29 c. r. 37·0, w. 38·0. Sypia bardzo wiele. Przerzynanie zębów siecznych dolnych zewnętrznych i trzonowego g. prawego.

30 c. r. 37·5, w. 37·6. Wymioty wciąż się utrzymują.

1/XII c. r. 37·6, w. 38·0. Zrywanie się w nocy ze snu i krzyki przeraźliwe.

2/XII c. r. 37·6,	w. 37·5	} zgrzytanie zębami, śpiączka, wykrzykiwanie, wymioty, chwytanie się rączką za głowę, mienienie się twarzy.	
3 „ 37·0	„ 37·5		
4 „ 37·0	„ 37·1		
5 „ 37·1	„ 37·5		
6 „ 37·0	„ 37·5	Powieki się nie domykają,	

oddech nieregularny, bardzo wolny, z długiemi przerwami. Tętno miękkie, zaledwo 60 na minutę. Stolca nie było.

7. Stan niezmieniony.

8 c. r. 37·2, tętno 80 nieregularne, zwalnia przy potrząsaniu głową, chwilowo zez zbieżny, źrenica lewa szeroka, prawa wązka, za lekkiem dotknięciem skóry występują już plamy Trousseaua. Ponad szczytem płuca lewego odgłos wypukowy znacznie krótszy, oddech chuchający, rzężeń mało. W płucu prawem objawy nieżytu c. w. 37 6.

9. c. r. 38·0. Ruchy lewych kończyn o wiele słabsze, czucie, zwłaszcza na kończynie dolnéj, upośledzone. Przytomność niepewna, c. w. 39 8.

10. Drgawki lekkie mięśni twarzowych zezowanie, leniwa reakcyja źrenic, nieprzytomność, c. r. 38·5, w. 39 0. Brzuch nieckowato zapadły. Tor oddechowy nieregularny.

11. c. r. 40·0. W nocy drgawki obydwóch kończyn górnych, przeważnie jednak prawéj. Ruchy spazmatyczne dolnéj kończyny prawéj, kurczenie jéj i przyciąganie do brzucha prawie rytmiczne. Odruchy skórne znacznie podwyższone. Tor oddechowy Cheyne Stokesa. W ciągu dnia powtarzały się drgawki wciąż i były symetryczne, około g. 1 toczenie piany, charczenie i śmierć w napadzie drgawek.

Sekcyja wykonana 13 grudnia wykazała: *Degeneratio caseosa et tuberculosa glandularum bronchialium praecipue partis sinistrae. Infiltratio tuberculosa pulmonis sinistri, bronchitis diffusa et oedema pulmonum. Leptomeningitis tuberculosa acuta* (*sero-fibrono purulenta*) *ad basim cerebri. Ulcera tuberculosa ilei. Tumor lienis melanodes.*

Na podstawie znaczna ilość wypociny surowiczo-włóknikowéj i ropnéj, która wypełnia szczelnie wszystkie tutaj znajdujące się przetwory podpajęcze i przenika opony łatwo rozedrzeć się dające, ściśle z tą wypociną złączone. Wzdłuż przebiegu naczyń liczne gruzełki. Komórki znaczniéj rozszerzone, wypełnione cieczą surowiczą, mętną.

III. Oceny i sprawozdania.

Choroby wewnętrzne.

Glax (Abazia): **O elektrycznem leczeniu puchliny brzusznéj i o wpływie faradyzacyi mięśni brzucha na czynność serca.**

Salfanelli, Alvarenga i autor, pierwsi leczyli *ascites* i *anasarca* zapomocą faradyzacyi. Pod wpływem takiego leczenia znikał wyciek z jam wśród zwiększonéj dyurezy. Glax tłómaczy sobie zjawisko to skurczem mięśni brzucha i przepony, skutkiem czego ciśnienie w jamie brzusznéj zwiększa się, prócz tego przepona przez skurcze i rozkurcze działa jako pompa ssąca. Erb do tłomaczenia tego dodaje jeszcze wpływ prądu na nerwy naczynioruchowe i katalytyczne jego własności. Doświadczenia Buma i Reibmayera wykonane na królikach przemawiają za tłómaczeniem mechanicznego działania, a ostatni wyleczył *ascites* miesieniem brzucha. Przyczyna opuchliny brzusznéj nie wpływa na leczenie faradyzacyją, albowiem leczono nią ze skutkiem marskość wątroby, zwyrodnienie nerek lub wadę serca itd.

Glax zauważył, że jeżeli się u ludzi chorych, źle odżywionych, faradyzuje brzuch np w przypadkach atonii kiszek, to przerywany prąd elektryczny nie jest bez wpływu na układ nerwowy współczulny. Autor spostrzegał częste zemdlenia, jeżeli faradyzował w okolicy *plexus hypogastricus, aorticus, coeliacus* a Basch opisuje przypadek groźnego zemdlenia wśród elektryzowania. Przyczyną tych zemdleń jest chwilowe zawieszenie czynności serca. Autor w tym celu czynił doświadczenia na żabach i skonstatował po każdem zadziałaniu wprost na odsłonięty mięsień brzuszny, chwilowe ustawanie skurczów serca. Nawet samo miesienie brzucha u neurasteników wywoływało nieraz chwilowe omdlenia. U ludzi zdrowych, silnych i zażywnych, jakoteż w przypadkach *ascites*, do omdlenia nigdy nie przychodzi. (*Centralb. f. d. g. Th. Heft 11. 1892*). *Dr. Mendelsburg.*

Chirurgija.

A. Ciągliński i O. Hewelke (Warszawa): **W kwestyi tak zwanego czarnego języka.**

Jedną z najrzadszych chorób języka jest t. z. „czarny język“. Cierpienie to, polegające na wystąpieniu ciemno brunatnéj lub czarnéj plamy o powierzchni gładkiéj lub też włochatéj przed *papillae circumvallatae*, jest jeszcze niewyjaśnionem zarówno pod względem anatomo-patologicznem jakoteż i etyjologicznem. Większość badaczy uważa omawianą sprawę za przerost brodawek nitkowatych języka z następowem zrogowaceniem takowych, inni uważają ją za cierpienie powstałe na tle zaburzeń naczynio ruchowych, histeryi lub nieżytu żołądka. Badania bakteryjologiczne dawały albo wyniki ujemne, albo też znajdowano drobnoustroje jamy ustnéj (*lephothrix buccalis*), z omawianą sprawą chorobową nie będące w związku. Autorowie pracy niniejszéj obserwowali przypadek „czarnego języka“, w którym czarna plama wystąpiła na języku 24-letniéj kobiety podczas rekonwalescencyi po przebytéj gorączce, dokładne badanie mikroskopowe i bakteryjologiczne osadu, zeskrobanego z języka, wykazało, że ów nalot był utworzony przez grube nitki oraz owalne czarne zarodniki pewnego gatunku pleśniaka, najbardziéj zbliżonego pod względem morfologicznym do gatunku *mucor rhizopodiformis*; różni się on jednak od tego ostatniego głównie pod względem chorobotwórczym, gdyż wprowadzony do żyły królika żadnych objawów chorobowych nie wywołuje. Autorowie proponują dla grzyba w „czarnym języku“ znalezionego nazwę pleśniak czarny (*mucor niger*), dla saméj zaś choroby nazwę grzybnicy pleśniakowéj czarnéj języka (*mycosis linguae mucorina nigra, s. nigrities mucorina linguae*). Hodowle grzyba prowadzono na kartoflu gotowanym, papce chlebowéj oraz tartych kartoflach lub też roztartym chlebie, zmieszanych z 5—10% roztworem żelatyny. Z opisu grzyba, podanego przez autorów wyjmujemy ten szczegół, że owalne zarodniki o podwójnych obrysach, rozpatrywane pojedyńczo, przedstawiają się szaro, w zbitéj zaś masie mają barwę zupełnie czarną. Litografowana tabliczka ilustruje opis grzyba. (Kronika lekarska 1892 N. 11).

K. Klecki.

Terapija.

Saalfeld (Berlin): **Losophan.**

Losofan czyli trójjodek kresolu, oto znów nowy środek z grupy kresolów, który fabryka Bayera i Sp. stara się w praktykę dermatologiczną wprowadzić. Tworzy się go przez zadziałanie jodu na kwas metaoksytoluylowy wobec odpowiedniéj ilości zasady. Rozpuszczalny jest w alkoholu, eterze, benzolu i chloroformie. W rozcieńczonym ługu sodowym zamienia się losofan na bezkształtne zielono-czarne ciało, które w alkoholu nie jest więcéj rozpuszczalném. Losofan zawiera 80% jodu a paląc się wydziela parę jodową. Saalfeld pierwszy zaczął wykonywać doświadczenia z tym środkiem a najpierw wybrał sobie mykosy skóry. Rozczyn użyty był 1% z 3 częściami wyskoku i jedną częścią wody. Płynem tym nacierano miejsca chorobowe 2 do 3 razy dziennie. Z 16 przypadków *Mycosis tonsurans* 13 zostało zupełnie uleczonych, bez użycia innego leku. Z cierpień zapalnych skóry losofan skutecznym był w wypryskach chronicznych, starych z silném swędzeniem połączonych. W tych przypadkach stosowano go jako maść 1 lub 2% z waseliną i lanoliną. Maści używano także w przypadkach *prurigo* z bardzo dobrym skutkiem. W *sycosis* losofan zanadto drażnił skórę, tak, iż w jednym przypadku musiano zastosować leczenie przeciwzapalne. Nawet 10% maść losofanowa na *psoriasis vulgaris* nie działała, lek ten więc w chorobie téj żadnéj nie ma wartości. Skutecznym aczkolwiek dopiero po dłuższém stosowaniu był także w przypadkach pasorzytów skórnych zwierzęcych, jednakże środki, które zazwyczaj w tych przypadkach stosujemy, daleko szybciéj pasorzyty niszczą. Jako 1% posypka posiada losofan małą wartość wysuszającą i gojącą. (*Th. Monathefte.* paźdz. *1892.*

Dr. Mendelsburg.

Choroby oczne.

Fromm i Groenouw: O wartości rozpoznawczéj barwienia fluoresceiną w chorobach ocznych.

Pierwszy Pflueger przed 10 laty użył fluoresceiny do barwienia ubytków przybłonka rogówki, późniéj Straub i Thomallo posiłkowali się tym barwikiem w celach dyjagnostycznych. Badania jednak ścisłe dwuletnie przeprowadzili dopiero autorowie, używając w tym celu soli potasowych i sodowych fluoresceiny w 2% rozczynie. Rozczyn ten w przepuszczonem świetle jeszcze przeźroczysty okazuje barwę wina burgundzkiego, w odbitem zaś ciemno zieloną. Skutkiem tego części rogówki zabarwione przedstawiają barwę zieloną, gdyż widzi się je w świetle odbitem, części zaś zabarwione spojówki gałkowéj widziane w świetle przepuszczonem (po odbiciu tegoż od białéj twardówki) żółtą.

Celem barwienia zapuszcza się do worka spojówkowego kroplę rozczynu i każe choremu na kilkanaście sekund zamknąć oko. Jeżeli rogówka i spojówka są prawidłowe, wtedy zabarwienie wcale nie wystąpi, jeżeli jednak choćby najmniejsza znachodzi się ekskoryacya przybłonka, natychmiast barwi się najpierw to miejsce, a po kilku minutach skutkiem dyfuzyi i części tkanki sąsiednie, dlatego też chcąc się przekonać o rozległości n. p. ubytku w rogówce należy takową zaraz po zapuszczeniu oglądać. W razie zabarwienia ustępuje takowe po 2—3 godzinach, w przypadkach tylko, gdy większa część rogówki została zabarwioną, odbarwienie następuje dopiero po 24 godzinach. Ponieważ łzy zabarwione mogłyby przeszkadzać w dokładnem obejrzeniu gałki, radzi autor przepłukać po zapuszczeniu fluoresceiny worek spojówkowy 4% rozczynem *natr. biboracicum*, który to rozczyn nadaje się również do obmycia powalanéj barwikiem skóry rąk lub twarzy.

Badania mikroskopowe przedsiębrane na skrawkach rogówki wykazują, że zabarwienie występuje wszędzie tam, gdzie albo rogówka przybłonka swego została pozbawioną, albo przynajmniej istota kiłowa między komórkami rozwiotczoną, rozpulchnioną. Barwienie więc w żywem oku nadaje się do celów rozpoznawczych. Wszelkie ekskoryacyje rogówki barwią się pięknie jasno-zielono, gdy obce ciało tkwi w rogówce uwydatnia się ono lepiéj, gdyż dokoła niego powstaje zabarwienie. — Tak więc często jedna kropla fluoresceiny zapuszczona do oka pozwala rozpoznać cierpienie rogówki, które przy złem świetle lub braku wprawy łatwo mogłoby ujść uwagi badającego. Też same usługi oddaje fluoresceina w razie oparzenia rogówki wapnem, rozpalonem żelazem, kwasami i alkalijami, równie jak wobec wrzodów, nacieków lub ropni, przy których zwykle, jak tego dowodzi mikroskop, i przybłonek rogówki cierpi. Przeciwnie przy plamkach rogówkowych zabarwienie nie występuje, dlatego też przy pomocy fluoresceiny z łatwością przychodzi odróżnić sprawy świeże od przebytych już, ukończonych.

Z pomocą fluoresceiny można też śledzić przebieg i skuteczność leczenia, w miarę bowiem jak dany ubytek rogówkowy zabliźnia się, pokrywa nowym przybłonkiem, zabarwienie do coraz mniejszéj ogranicza się przestrzeni. Z chorób spojówki również każda utrata istoty, czy to bodźcem chemicznym czy mechanicznym wywołana, uwydatnia się po zapuszczeniu fluoresceiny. Ze spraw zapalnych spojówki zabarwienie występuje tylko w przypadkach *Conj. phlyctenulosa*, okoliczność, która w danym razie posłużyć może do odróżnienia od innéj sprawy chorobowéj. Z innych części oka żadna się nie barwi, tylko w *iritis serosa* często zauważono na rogówce w miejscu odpowiadającem precypitatom lekkie zielone zabarwienie. Przy świeżo wypadniętéj tęczówce barwi się rogówka dokoła *prolapsus*, nie barwi się zaś w przypadku dawnym, zabliźnionym. W jaskrze miejsca matowe rogówki zabarwiają się również słabo zielono.

Tak więc metoda ta w okulistyce ułatwia snadnie rozpoznanie cierpień rogówki i spojówki, zwłaszcza tam, gdzie dokładne obejrzenie oka, jak np. u niesfornych dzieci, napotyka na trudności; wartoby i w tym kierunku przedsięwziąść badania, czy nie mogłaby oddać usług i w cierpieniach innych błon śluzowych n. p. pochwy lub szyjki macicy. (*Arch. f. Augenheil.* B. XXII, H. 4). *Dr. Langie.*

Choroby krtani.

A. Sokółowski: Kilka uwag o róży krtani.

Do rzadkich postaci chorób krtani należą opisane przez Masseiego przypadki pierwotnéj róży. Badania bakteryjologiczne wykonane przez kilku autorów jak: Fazano, Schech, Semon, Brysak, Dolerau wykazały w tych razach rzeczywiście cechujące tkanki Fehleisena i utwierdziły słuszność poglądów Masseiego. Autor miał sposobność spostrzegać kilka razy tę chorobę i podaje cztery odpowiednie przypadki. W przypadku pierwszym rozpoczęła się choroba od wysypkowego zapalenia migdałków, w dalszym ciągu przebiegała jako t. z. *laryngitis phlegmonosa* wśród bardzo ciężkich objawów, a dopiero po dwu tygodniach, z chwilą gdy wystąpiła typowa róża twarzy, wyszła na jaw istotna podstawa choroby. Pomiędzy wysepkowem zapaleniem migdałków a różą przypuszcza autor związek o tyle, że niejednokrotnie wykrywał w tem pierwszem cierpieniu kolonie gronkowca i diplokoków a Sendler wykazał nawet stanowczo obecność gronkowca róży.

Przypadek drugi zakończył się niepomyślnie, a tu wystąpiła choroba odrazu jako róża krtani. Błona śluzowa podniebienia miękkiego i języczka żywo purpurowo zabarwiona, tylna powierzchnia języczka żółtym nalotem pokryta. Obrzęk krtani tak był znaczny, że uniemożliwiał obejrzenie jéj wnętrza. Badanie pośmiertne okazało prócz obrzmienia podniebienia, języczka, łuków, gardziela, nagłośni i krtani aż po wiązadła prawdziwe, także owrzodzenie o dnie szaro-żółtem, brzegach nierównych, powygryzanych, usadowione na tylnéj powierzchni języczka. Błona śluzowa w całości nacieczona ropą. To też nic dziwnego, że cała sprawa przebiegała szybko i gwałtownie, a zakończyła się śmiercią prawdodobnie skutkiem ogólnego zakażenia.

Dwa ostatnie przypadki okazują jednakie cechy i przebieg; rozpoczęły się od zapalenia wysepkowego migdałków i dopiero po ustąpieniu téj choroby, gdy w gardle żadnych już zmian nie było, wystąpiła w pierwszym przypadku po 4-ch, w drugim dopiero po 10-u dniach róża krtani z obrazem i przebiegiem do opisanego najpierw przypadku podobnym. Na zasadzie powyższych spostrzeżeń przypuszcza autor, że tak *angina follicularis* jak i lekkie postacie zapalnego obrzęku krtani nie są niczem innem jak tylko zakażeniem gronkowcem róży z łagodnym przebiegiem. (*Gazeta lek. Nr. 32, 1892*). *Dr. Ludomił Korczyński.*

Choroby skórne i kiłowe.

Mraček (Wiedeń): O kile serca [1]).

Zmiany anatomo-patologiczne, wywołane w sercu przez zakażenie kiłowe, należy podzielić na 2 grupy. Do pierwszéj należą zmiany bezpośrednio skutkiem kiły powstałe, do drugiéj zmiany następowe. Głównemi reprezentantami pierwszéj grupy jest kilak i *myocarditis sclerotica fibrinosa*. Obydwie te postacie znajdujemy najczęściéj obok siebie, obydwie występują jako zmiany ograniczone na pewnych przestrzeniach, aczkolwiek *myocarditis* często także znaleść można w formie rozlanéj. Ich miejscem ulubionem są ściany lewéj komórki. Kilaki znajdujemy tylko w mięśniu najczęściéj blisko osierdzia, są wielkości pestki, jaja gołębiego a nawet kuli bilardowéj. Ogniska większe powstają ze zlania się kilku mniejszych, a na przekroju okazują masę suchą, serowatą, biało-żółtą, zbitą tkanką łączną okoloną. Kilaków miękkich o galaretowatéj zawartości w miąższu sercowym nie znajdujemy. Wątpliwą jest rzeczą, czy kilaki w sercu mogą uledz wessaniu, w ropnie nie przechodzą nigdy. Otorbione mogą za życia długi czas istnieć bez jakichkolwiek objawów i dopiero na stole sekcyjnym o ich obecności się dowiadujemy.

W *myocarditis* znajdujemy mięsień wespół z błoną surowiczą zamieniony na szarawo-białe, zbite masy, które

[1]) Sprawozd. z zjazdu dermat. w Wiedniu 1892.

rzadko zajmują całą grubość mięśnia. Pod mikroskopem obok zbitéj widzimy młodą tkankę łączną i tkankę granulacyjną, co jest dowodem, że zmiana ta znajduje się w stanie ciągłego rozrostu. Punktem wyjścia jéj jest tkanka okołonaczyniowa, a prawdopodobnie impuls do rozrostu leży w samych ścianach naczyń. Nie ulega zdaje się wątpliwości, że kiła obejmuje najpierw najdelikatniejsze naczyńka albo też *vasa vasorum*, wywoluje przekrwienie i ostatecznie zwężenie ich światła. Nietylko drobne gałązki, ale i tętnice wieńcowe ulegają zakażeniu kiłowemu, jak tego dowodzą liczne znane przypadki, przedstawiając wybitne zmiany Heubnera, tętniakowe wydęcia lub zwężenia. Tym zmianom patologicznym towarzyszą wybitne objawy chorobowe.

Kilaki uciskając mięsień sercowy, prowadzą częścią do zaniku jego, częścią zaś do przemiany wstecznej. Mraček znajdował nawet w starych serowatych kilakach resztki utrzymanych włókien mięsnych. *Myocarditis* obejmuje znacznie większe obszary, a co najważniejsza wychodząc z naczyń, których ściany zmienia i światło ich ścieśnia, przyczynia się do zniesienia należytego odżywiania mięśnia sercowego. Jeżeli nie następuje śmierć, powstaje zapalenie demarkacyjne. Mięsień serca skutkiem zwiększonéj pracy przerasta, a ogniska chorobą zajęte nie mogąc podołać ciśnieniu wewnętrznemu krwi odpowiedniemu, wypuklają się, tworząc tak zwane *aneurysma partiale cordis chronicum*. Wypuklenia te najczęściéj znajdują się w końcu serca i skutkiem pęknięcia mogą sprowadzić nagłą śmierć. W przypadkach kiły wrodzonéj znalazł M. nacieki okołonaczyniowe ze zgrubieniem osierdzia. Śródsierdzie tylko równocześnie z mięśniem doznaje zmian w kształcie włóknistych zgrubień, które sprowadzają także zanik beleczek.

Zmiany wywołane w sercu przez kiłę niczem często na zewnątrz się nie objawiają; połowa ich dopiero *post mortem* zostaje wykrytą. Druga ich połowa objawiała się albo jako niedomoga mięśnia sercowego z zejściem śmiertelnem lub jako przerost czasem ze szmerami. Dlatego klinicysta skonstatowawszy powyższe objawy, powinien także myśleć o kile serca, tem bardziéj, że specyficzne leczenie często z wielkim dla chorego pożytkiem może być przeprowadzone. (*Wr. med. Wschft.* Nr. 40, 1882).

Dr. Mendelsburg.

Choroby umysłowe.

Magnan (Paryż): **Myśli przymusowe treści zbrodniczéj.** (*Obsession criminelle morbide*).

Na trzecim zjeździe poświęconym studyjom antropologii kryminalnéj w Brukseli, w sierpniu b. r., wygłosił dr. Magnan, naczelny lekarz schroniska dla obłąkanych pod wezwaniem św. Anny w Paryżu, odczyt o myślach przymusowych skłaniających człowieka nawiedzonego niemi do popełnienia zbrodni. Rzecz ta, będąca pierwszorzędnéj wagi dla lekarza sądowego, zasługuje na ogłoszenie tem bardziéj, że, jak z jednéj strony łatwem jest ocenienie zbrodni lub przestępstwa popełnionego przez człowieka wybitną chorobą umysłową dotkniętego, o tyle trudnem a często w skutkach smutnem a niesprawiedliwem staje się ocenienie przestępstwa lub zbrodni, dokonanéj przez człowieka na pozór umysłowo zdrowego, który jednak padł ofiarą myśli przymusowych do zbrodni go skłaniających.

Zbrodnia popełniona przez obłąkanego jest wynikiem omamów, zwidywań lub urojeń; u ludzi zaś zresztą umysłowo zdrowych mogą się stać myśli przymusowe motywem dla popełnienia czynu karygodnego. Myśl przymusowa — to wytwór czynności mózgu; myśl pewna, słowo lub obraz rodzi się bezwiednie i występuje na pierwszy plan życia duchowego u człowieka niezależnie i wbrew jego woli.

Myśl przymusowa zrodzić się może w człowieku w niczem nie zbaczającym od prawidła; — nie wzbudza też w nim żadnego niepokoju, jest przemijającą, nie wpływa bynajmniéj na jego swobodę w działaniu, mimo to jednak tamuje jego wolę w doborze myśli. U ludzi dziedzicznie do zboczeń umysłowych usposobionych powstają również myśli przymusowe, ale te panują nad całą ich czynnością intelektualną, stają się uporczywemi, występują z silnym bólem moralnym, wypływającym z dokładnego przeświadczenia o przewrotności danéj myśli; ludzie ci wiedzą, iż spełnienie myśli tyranizującéj ich stanowi zbrodnię, mają więc tak zwaną „*libertas judicii*“, popęd jednak do zrealizowania przymusowéj myśli tak u nich jest wszechwładnym, iż zmuszeni jemu uledz popadają w zatarg z kodeksem karnym. Przytem człowiek taki zdaje się mieć zupełne przeświadczenie swego czynu karygodnego, ztąd też wynikają tak częste pomyłki w ocenianiu przez lekarzy i sędziów czynów jego. Najlepiéj uzmysławiają bezsilność woli w obec myśli przymusowych te przypadki, w których myśl przymusowa stanowi przymus lżenia otaczających osób czyli przypadki tak zwanéj onomatomanii.

I tak n. p. mężczyzna 52 letni cierpi od lat kilku na myśl przymusową wypowiadania zelżywych słów. Ilekroć na ulicy spotka kobietę z lepszego stanu, natychmiast powstaje u niego przymus do uraczenia jéj przezwiskiem nierządnicy. W chwili, gdy lekarz w zakładzie doń przemawia, słychać u niego cicho i przez gardło wymawiane słowa, jest zasmuconym i odwraca często głowę wstecz. Zapytany o przyczynę tego dziwnego zachowania się, zeznaje, iż zmuszonym jest słowo „świnia“ wypowiadać, a głowę odwraca dlatego, iżby lekarz słowa tego nie usłyszał i za ubliżenie sobie nie poczytał. Gdy uczyni zadość prześladującéj go myśli przymusowéj, czuje się lekkim i swobodnym, jeśli chce myśl tę zwalczyć, doznaje potęgującego się uczucia lęku, bicia serca a w końcu przecież przymusowi myśli ulega. Już wysiłek ten, aby slowo obelżywe wypowiedzieć możliwie cicho i na uboczu, nuży go wielce i męczy.

Tak samo jak człowiek dotknięty onomatomanią z myślą przymuszającą go do wypowiedzenia obelgi walczy, opór jéj stawia przez pewien czas, czasem znowu wprost ją wypowiada, bo rozładowanie ośrodka mowy tak szybko następuje, iż nawet czasu do oparcia się przymusowi nie ma, tak i człowiek cierpiący myśl przymusową skłaniającą go do popełnienia morderstwa nawet na osobach najbliższych jego uczuciom, walczy z takową, wśród dotkliwego bólu strony jego moralnéj i uczuciowéj, wśród wzrastającego lęku, aż wreszcie staje się posłusznym duchowemu przymusowi. Z chwilą popełnienia zbrodni uspokaja się. Czasem wykonywa morderstwo tak śpiesznie, iż na walkę wewnętrzną z przymusem czasu nie starczyło.

Zdarza się, iż człowiek cierpi przymus uderzania lub uszkodzenia osoby drugiéj w pewnéj chwili obok niego znajdującéj się, oddala się od niéj, zamyka na osobności aż przymus minie. Inny znów cierpiący na przymus niszczenia sprzętów, rozbijania naczynia, nagle doznaje przymusu skłaniającego go do popełnienia morderstwa na ukochanéj swéj córce; broniąc się przeciw temu przymusowi czyni zamach samobójczy. Chłopczyk 12 letni w schronisku św. Anny znajdujący się, czuje się czasami być zmuszonym pobić swych współtowarzyszy; chcąc od ulegnięcia przymusowi się uwolnić biegnie do ściany i pięściami ścianie razy wymierza, lub też na czworakach się czołga. Trzydziestoletnia kobieta przeczytawszy w dzienniku o popełnionem skrytobójstwie popada w lęk o siebie, a następnie doznaje myśli zmuszającéj ją do zamordowania własnego męża i syna; już chwyta za nóż, by przymusowi uledz, lecz nóż się łamie, kobieta doznaje uspokojenia i uwalnia się od myśli przymusowéj. (Dok. nast.)

Medycyna sądowa.

Doc. Oppenheim: **Nerwice urazowe** (*Die traumatischen Neurozen*, Berlin 1892, str. 253).

(Dok. Patrz Nr. 49.)

Tętno bywa jużto przyspieszonem, jużto zwolnionem, jużto prawidłowem. Na kończynach zwłaszcza porażeniem dotkniętych uderza mocna sinica; skóra zaś za słabym uciskiem czerwieni się w postaci linii Trouseaua; za silniejszem podrażnieniem mechanicznem powstają wysypki pokrzywkowe.

W zakresie przewodu pokarmowego zjawiają się: brak łaknienia, wymioty, zaparcie żywota albo obfite biegunki,

pragnienie dokuczliwe, niestrawność nerwowa itd., mimo to odżywienie ogólne jest względnie dobrem.

W narządach moczopłciowych zdarzają się: zatrzymanie moczu, moczówka zwykła, białkomocz, a nawet moczówka cukrowa. Zdolność płciowa zanika wcześnie, mimo to istnieją nasieniotoki; u kobiet przychodzi do krwotoków w odstępach miesięcznych.

Odruchy ścięgniste bywają zwykle zwiększone.

Ze zmian troficznych nagłe osiwienie i tak zwana *xerosis* skóry należą do częstszych objawów. Ciepłota ciała napadowo może się wznosić do 39° C. i wyżéj.

Zmian anatomicznych, któreby chorobę powyżéj opisaną tłómaczyły, dotychczas nie wykryto.

Przyczynę cierpienia tak bogatego w objawy stanowią zaburzenia czynnościowe mózgu, których siedzibą zdają się być ośrodki półkul mózgowych, jako też ośrodki zawiadujące ruchem, czuciem i czynnością zmysłów. Rokowanie odnośnie do życia jest względnie dobre, a śmierć następuje zwykle z chorób przypadkowych lub z chorób, które ze zboczeń z początku czynnościowych na zboczenia o podstawie anatomicznéj się przemieniły, np. gdy z cierpienia nerwowego serca wytworzyło się zboczenie serca anatomiczne. Rokowanie odnośnie do powrotu do stanu zupełnego zdrowia jest złem, o ile zboczenia te przez dalszy ciąg życia trwają.

Wobec tego, iż osoby nerwicom urazowym podpadłe bardzo często domagają się odszkodowania, np. po przypadkach kolejowych, ztąd też zaburzenia te nabierają doniosłego znaczenia dla lekarzy sądowych, a tem samem i dla medycyny sądowéj. Lekarz sądowy musi w danym przypadku najpierwéj odpowiedzieć na pytanie: czy poszkodowany jest chorym i jaką chorobą jest dotkniętym? Aby na to zasadnicze pytanie odpowiedzieć, należy chorego dłuższy czas mieć w obserwacyi i dokładnie stan jego badać. Wobec tego, iż nerwice urazowe są chorobą czynnościową, trudność badania przedmiotowego i wynikającego zeń orzeczenia o tyle większą się staje, o ile wobec przyrody czynnościowéj nerwic tych bardzo trudnem jest wykazanie symulacyi w danym przypadku. O ile niektórzy autorowie jak Schultze, Seeligmüller i Hoffmann, symulacyję nerwic nadto często przypuszczają, o tyle znów Oppenheim, rozporządzający największą liczbą przypadków nerwic urazowych w obecnej chwili, wreszcie Charcot i jego uczniowie, Strümpell, Hitzig, Moebius, Benedikt, Bruns i inni, częstości i łatwości symulacyi stanowczo się sprzeciwiają. — Wedle Op. ten lekarz skłonniejszym będzie do przypuszczenia symulacyi w danym przypadku, który przystępując do badania, nie postępuje przedmiotowo, lecz podmiotowo, wychodząc z założenia, iż ma przed sobą symulanta, oszusta. — Trudnem jest orzekać lekarzowi w przypadkach nerwic urazowych, jeżli w kierunku tym doświadczenia nie posiada; występujące bowiem w nerwicach tych zmiany, jak porażenia, podlegają zupełnie innym prawom niż porażenia, polegające na zaburzeniach anatomicznie w centralnym narządzie nerwowym stwierdzić się dających. Ztąd lekarz nieświadomy tych zmian, nie obeznany z różnemi formami wyłącznie czynnościowych psychoz, lepiéj uczyni, usuwając się od orzeczenia w danym przypadku, niż wyrażając przekonanie swe w kierunku istniejącéj symulacyi. Całość zaburzeń psychicznych, ruchowych i czuciowych, przedstawia tak znaczne trudności dla symulacyi, iż nawet najsprytniejszy oszust nie poważyłby się podjąć symulacyę w tych licznych kierunkach.

Zbadawszy najdokładniéj stan poszkodowanego i stwierdziwszy zmiany chorobowe u niego, należy odpowiedzieć na drugie pytanie, czy choroba stwierdzona jest następstwem uszkodzenia? W odpowiedzi na powyższe pytanie rozchodzi się o wykazanie, czy obraz chorobowy był następstwem uszkodzenia, jakiemu chory miał uledz, czy też istniał on już dawniéj? W tym celu należy dokładnie przejrzeć dotyczące akty i zeznania świadków, czy chory cierpiał jeszcze i był niezdolnym do pracy częściowo lub całkowicie przed doznaniem inkryminowanego uszkodzenia, lub też dopiero po niem; jednak należy tu zupełnie wypuścić z oceny stan jego wrodzony, jeżli tenże był neuro- lub psychopatycznym.

Alkoholizm natomiast może być przyczyną neuropsychozy, graniczącéj o miedzę z nerwicą urazową, zaczem taka toksyczna neuropsychoza łatwo mogłaby być policzoną na karb doznanego urazu Jeżeli jednak poszkodowany, oddający się nałogowo trunkowi aż do ostatniej chwili przed doznaniem urazu był czynnym i do pracy zdolnym, zaś po doznanem uszkodzeniu, zdolność do pracy ustała, wówczas nie ulega wątpliwości, iż nerwica, niezdolność tę wywołująca, była następstwem urazu. W każdym razie wskazanem jest, aby w orzeczeniu alkoholizm jako nieposledni moment uspasabiający podnieść, pozostawiając ocenę tegoż sądowi.

Trzecie pytanie opiewa: czy istnieje ścisły przyczynowy związek między chorobą a doznanem uszkodzeniem? W odpowiedzi na powyższe pytanie należy uwzględnić rodzaj przypadku, jaki chorobę wywołał, jako też wszystkie okoliczności przypadkowi towarzyszące; również uwzględnić należy rozwój choroby, przyczem pamiętać wypada, że zmiany chorobowe mogą wystąpić dopiero po upływie pewnego czasu od chwili doznania uszkodzenia. W tych razach, w których objawy chorobowe wystąpiły po upływie pół roku lub dłużéj, można jedynie tylko mówić o możliwości, iż zmiany chorobowe stoją w związku przyczynowym z uszkodzeniem.

Rozstrzygnięcie pytań, czy choroba z uszkodzenia wynikła, jest uleczną lub nie, i czy wywołała trwałą lub przemijającą, zupełną lub częściową niezdolność do pracy zawodowej, przedstawia nadzwyczajne trudności. Trwałość choroby zależy od pojedynczego przypadku, czy takowy był lekkim lub ciężkim. Przypadki, w których powstało obłąkanie, albo znaczne upośledzenie intelligencyi i pamięci, albo padaczka, wreszcie cierpienia nieuleczne, jak zanik tarczy nerwu wzrokowego itd. należy uważać za nieuleczne, wywołujące trwałą i zupełną niezdolność do zawodowéj pracy.

W końcu wyczerpującéj swéj pracy podaje autor szereg własnych orzeczeń, wydanych w przypadkach, których historyje na początku dziełka podał. *Dr. Wachholz.*

Notatki lecznicze.

Dr. M. Sasaki (prof. Kliniki wewn. w uniw. w Tokio): poleca nader gorąco, opierając się na 8 przez siebie obserwowanych przypadkach i 4 przez innych lekarzy, stosowanie „*Cremor tartari*“: (sól Seignetta) przeciw *ascites* wywołanemu czy to wskutek *Cirrhosis v. Lues hepatis* czy też *Peritonitis chronica.* Wyniki miał mieć świetne po stósowaniu tego środka przez kilka tygodni a skutek długotrwały.

Zaleca on 8·00—40·00 dziennie a przeciętnie 10·00—20·00 dziennie, obok tego podaje prawie zawsze *Chininum c Ferro, Ol. j. Aselli* i lekko strawne a pożywne pokarmy. (*Berliner kl. Woch.* Nr. 47 r. 1892).

Dr. E. Hecker (dyrektor Zakładu dla nerwowo chorych) omawia w *Berl. kl. Woch.* Nr. 47 r. 1892. dość szczegółowo sposoby traktowania napadów trwogi u neurasteników. Zwróciwszy uwagę na różne rodzaje tych napadów (np. *Monophobia*, *Antrophobia, Siderodromophobia* itd.), podaje równocześnie sposób rozróżnienia tychże od podobnych np. u melancholików.

Do sposobów leczniczych zalicza on przedewszystkiem wpływ psychiczny, dalej obok ogólnéj faradyzacyi (klatki piersiowej i pleców): także t. zw. galwanizowanie *n. sympathici* na szyi od $^1/_2$—1 Ampéra siły przez 1—2 m. Z wewnętrznych środków poleca przetwory bromu, w miernéj ilości alcoholica obok pokarmów lekko strawnych. Z zewnętrznych środków stosuje częściowe obmywanie ciała a w chwili napadu wąchanie np. mentolu, kamfory itd.

Ostrzega zaś przed zastósowaniem zastrzykiwań morfiny, środków silnie czyszących, obmywań ciała zimną wodą i nacierań. *Dr. Olszewski.*

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcya lwowska.

V. posiedzenie z dnia 9 kwietnia.

Przewodniczący kol. Klemens Dębicki — obecnych członków 25.

1) Kol. Godlewski przedstawia *a*) Maryę M. lat 20 liczącą, u której d. 8/II 1892 wykonano cięcie cesarskie, z powodu zwężenia miednicy trzeciego stopnia natury krzywicowéj. Operowano metodą Porry raz dla uniemożliwienia choréj powtórnego zastąpienia, a powtóre z powodu, iż macica b. słabo się kurczyła tak, iż zachodziła poważna obawa krwotoku. Płód urodzony, lekko omdlały, ważył około 3400 grm. Przebieg po operacyi zupełnie prawidłowy. Chora nie gorączkowała wcale. Rana per primam zagojona. Szypuła odpadła dnia 6/III, więc w 4 tygodnie po operacyi.

W dyskusyi zabrał głos kol. Skałkowski upatrując przyczyny późnego oddzielenia się szypuły w tém, iż nieużyto do obsypania takowéj proszku osuszającego, jakiego zawsze używają w klinice prof. Chrobaka, gdzie szypuła oddziela się najdaléj do dni 14.

b) Anastazyę H. lat 34 liczącą, rekonwalescentkę po dobrowolném pęknięciu macicy (*ruptura uteri spontanea*). Chora ta była po raz 3 w ciąży a poprzednie porody odbyły się prawidłowo i łatwo. Rozdarcie macicy, z którem chora już do zakładu przybyła d. 3/II, nastąpiło po 10 godzinnem zaledwie trwaniu porodu, podczas którego bóle miały być zupełnie prawidłowe, a przeszkody w drogach porodowych niebyło żadnéj. Zdaje się niewątpliwą rzeczą, że przyczyną pęknięcia było zaniedbane położenie poprzeczne albo ukośne. Rozdarcie znachodziło się w tylnéj i bocznéj lewéj ścianie szyi maciczuéj, a nadto sklepienie przednie i boczne lewe było częścią podłużnie częścią poprzecznie porozdzierane. Chora blada, tętno małe przeszło 120 na minutę. Macica zupełnie próżna, dobrze skurczona, leżała od przodu, po za nią leżał płód z łożyskiem w jamie znajdującéj się pomiędzy rozdartą warstwą mięsną szyi macicznéj a nienaruszoną otrzewną, która przez występujący z jamy macicy płód całkiem od warstwy mięsnéj oddzieloną i odsuniętą została. Pękniętą więc była tylko warstwa mięsna. Z tego względu nierobiono laparotomii. Wyjęto płód za nóżkę, wyjęto łożysko i skrzepy krwi, polecono lód na brzuch, podano opium i *excitantia*. Drenowania gazą jodoformową zaniechano, ażeby wszelkiéj możliwości zakażenia rany uniknąć. Chora od drugiego dnia począwszy gorączkowała przez 3 tygodnie wysoko, wśród czego wytworzył się znaczny eksudat *in cavo Douglasi*. Następnie gorączka ustąpiła, eksudat uległ wessaniu, a chora jest obecnie zupełną rekonwalescentką.

W dyskusyi zabrał glos kol. Skałkowski, którego zdaniem jamę bezwarunkowo powinno się było drenować, szczególnie ze względu na to, ażeby odchody połogowe do téj jamy się niedostawały; następnie kol. Wehr, który ze stanowiska chirurgicznego jest za tem, aby ran w jamie brzusznéj nie drenować, jeżeli jest pewność, że niezostały zakażone. Wreszcie zabierali głos koll: Edward Sawicki, Krokiewicz, Rosenbusch, Obtułowicz i Godlewski.

2) Kol. Mukowicz przedstawia preparat jelita po resekcyi przed 7 miesiącami wykonanéj. U choréj wykonał kol. Mukowicz w sierpniu 1891 r. resekcyę jelita cienkiego z powodu przetok kałowych, chora opuściła szpital wyleczona, z końcem marca 1892 r. zgłosiła się do szpitala z gruźlicą płuc i jelit i w kilka dni życie zakończyła. Przy nekroskopii, wykonanéj przez prof. Feigla, z trudnością udało się znaleść miejsce po zeszyciu, przedstawiające się jako zaledwie widzialna wąziuchna linijka na otrzewnéj, błona śluzowa zrośnięta zupełnie bez blizny, na kresce również podwiązania jéj i zeszycia wykonanego podczas resekcyi niema, światło jelita w tem miejscu zupełnie równe do dalszych części, mimo to że przy resekcyi wskutek szwu Lemberta pewne wgłobienie ścian ku światłu nastąpić musiało.

Dr. Stahlberger, sekretarz.

VI. posiedzenie z dnia 23 kwietnia.

Przewodniczący kol. Dębicki — członków obecnych 20.

1) Kol. Ziembicki przedstawia *a*) chorą po operacyi wola kolosalnych rozmiarów, który przez ucisk na naczynia wywołał rozszerzenie żył na szyi, ramieniu, klatce piersiowéj, następnie duszność silną. Mimo iż chora miała wadę sercową, wykonał kol. Ziembicki wyłuszczenie wola a wzwyż wymienione objawy ustąpiły. *b*) Chorego, u którego z powodu znacznego zwężenia cewki moczowéj i kilku przetok, wykonał uretrotomię zewnętrzną z kompletnem zeszyciem, i uzyskał zagojenie przez rychłozrost. *c*) Chorą po operacyi przetoki pochwowo-pęcherzowéj, u któréj do szycia używał srebrnego drutu. Drut przedarł jakieś naczyńko, skutkiem czego powstał dość gwałtowny krwotok do pęcherza. Ze względu na dokładność szwów pochwowych, które chciał zachować, zdecydował się kol. Ziembicki na *sectio alta*. Po otwarciu pęcherza krwotok natychmiast ustał, powyjmowano skrzepy, i przepłukano pęcherz.

Kol. Ziembicki nadmienia, że krwotoki przy szyciu drutem przydarzają się wcale często. Przeglądał odpowiednią literaturę i nieznalazł wzmianki o częstości krwotoków przy tych operacyjach, a na zdanie Hegara, jakoby te krwotoki były wywołane błędem operacyjnym, żadną miarą godzić się niemoże.

2) Kol. Kadyi kończy wykład „o organizacyi komórki", który w całości pojawi się w „Kosmosie"

Dr. Stahlberger, sekretarz.

V. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 1 grudnia. Od Komitetu pamiątkowéj tablicy dla ś. p. prof. Kopernickiego otrzymujemy następujące pismo:

Będąc już na śmiertelnem łożu wyraził ś. p. prof. Izydor Kopernicki życzenie, ażeby pogrzeb jego odbył się bez mów i wieńców. Instytucyje naukowe, w których on położył tyle zasług, czyniąc zadość ostatniéj woli zmarłego, postanowiły w sposób trwalszy uwiecznić pamięć tyle zasłużonego uczonego i obywatela.

Na posiedzeniu 16 grudnia 1891 r. uchwaliło Towarzystwo lekarskie krak. wystąpić z projektem, ażeby wspólnie z Akademiją Umiej. i Wydziałem lek. U. J. została wmurowaną w kościele św. Anny pamiątkowa tablica, wraz z portretem śp. prof. Kopernickiego. Obie te instytucyje przyłączyły się z największą ochotą do tego pomysłu i wybrały delegatów do wspólnego komitetu, w skład którego weszli: prof. Dr. S. Smolka, sekretarz stały Akad. Umiej., prof. Dr. St. Domański i Dr. A. Kwaśnicki, sekretarz stały Tow. lek. krak. W drodze składek uzyskano fundusz, który umożebnił wykonanie przedsięwziętego dzieła, i w tych dniach została już osadzoną pamiątkowa tablica w nawie lewéj, naprzeciw pomnika Kopernika.

Tablica wykonaną jest z czarnego belgijskiego marmuru, ma wysokości 1·30 m., szerokości 0·65 m., zdobi ją portret śp. prof. Kopernickiego, pędzla prof. Cynka, wykonany na miedzi w złoconem polu i przedziwnie uprzytomnia tak swojskie, a tak sympatyczne rysy nieodżałowanego profesora. Ornamenta bronzownicze wykonał p. Kopaczyński, a napis wyrzeźbiono w pracowni p. Szczerbuły.

Tablica harmonizuje z całością architektury kościoła św. Anny, a powagą stylu odpowiada naukowemu i społecznemu znaczeniu zmarłego, jak niemniéj instytucyj, które tym pomnikiem uwieczniły pamięć zasłużonego swego członka.

Wreszcie komitet wyraża najgłębszą wdzięczność WP. architekcie Stryjeńskiemu, który nietylko zaprojektował rysunek tablicy, lecz z największą gotowością udzielił swéj pomocy cennéj a bezinteresownéj w pośredniczeniu między majstrami a komitetem.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we Środę dnia 7-go grudnia b. r. o godzinie 6-téj wieczorem posiedzenie zwyczajne w sali „Śniadeckich" (*Collegium novum* I piętro). — Porządek dzienny: 1) kol. Browicz poda wyniki badań, jakie mu nastręczyła tegoroczna epide-

mija cholery w Krakowie; 2) kol. Madejski omówi rzecz o wartości antiseptycznéj wyskoku; 3) kol. Wachholz będzie mieć odczyt „O samobójstwie wogóle a w szczególności o samobójstwie w Krakowie w ciągu ostatnich lat jedenastu ze stanowiska sądowo-lekarskiego.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Halban.**

Do Nru niniejszego dołącza się ogłoszenie o Szczawnicy.

Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.